

« Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique »

(Extraits de : l'Etat de santé de la population en France en 2006, Drees, La Documentation française, 2006)

Objectif 99

Chutes des personnes âgées : réduire de 25 % le nombre de personnes de plus de 65 ans ayant fait une chute dans l'année d'ici à 2008

Objectif préalable : améliorer les connaissances relatives aux circonstances, facteurs déterminants des chutes, notamment en institution

Chez les personnes de 65 ans et plus, les chutes constituent une partie importante (plus de 80 %) des accidents de la vie courante (AcVC). Elles surviennent souvent à domicile, mais aussi dans toutes les autres activités de la vie (loisirs, déplacements, etc.). L'objectif de la loi de santé publique est, d'ici à 2008 de réduire de 25 % le nombre de chutes, dans l'année, des personnes de plus de 65 ans. L'étiologie des chutes est souvent multifactorielle. On distingue deux grands types de déterminants dans la survenue des chutes : les facteurs intrinsèques liés à la personne, et les facteurs extrinsèques liés à l'environnement. Peu d'enquêtes permettent actuellement de rendre compte de ces divers facteurs de la vie courante occasionnant les chutes. Les estimations du nombre et de l'incidence des chutes chez les 65 ans et plus ayant entraîné un recours aux urgences ont été calculées pour la première fois à partir des données 2002 de l'Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (Epac). Elles pourront être actualisées et affinées par âge les années ultérieures. Les données déclaratives sur les chutes entre 65 et 75 ans sont issues du Baromètre santé de l'Inpes. Les décès par chute chez les personnes âgées de plus de 65 ans proviennent des données de mortalité codées à partir de 2000 selon la 10^e version de la Classification internationale des maladies.

Les hospitalisations pour chute chez les adultes âgés : un aperçu québécois

Yvonne Robitaille (Yvonne.Robitaille@inspq.qc.ca), Mathieu Gagné

Institut national de santé publique du Québec, Canada

Résumé / Abstract

Introduction – Les chutes assez graves pour entraîner une hospitalisation sont peu connues à l'échelle de toute une population. La présente étude situe l'importance actuelle de ces chutes chez les adultes âgés du Québec. Elle examine la tendance au cours des 15 dernières années et discute de l'utilisation des données administratives pour identifier les circonstances de ces chutes.

Méthode – Cette étude rétrospective porte sur les cas d'hospitalisation pour chute des québécois âgés de 65 ans ou plus, dont l'admission est survenue entre avril 1991 et mars 2005.

Résultats – On dénombre annuellement au Québec, 13 300 chutes ayant entraîné l'hospitalisation d'une personne âgée de 65 ans ou plus. Il s'agit d'un taux annuel moyen de 1 283 chutes pour 100 000 personnes ; celui-ci cache de grandes différences selon l'âge et le sexe. Alors que les taux d'hospitalisation demeurent relativement stables depuis 15 ans, les nombres de cas augmentent rapidement en raison du vieillissement de la population. Dans 90 % des cas la personne vivait à domicile au moment de la chute. Par ailleurs, plus de 9 % des chutes ont eu lieu dans des escaliers et l'information quant aux circonstances de la chute est absente dans 46 % des cas.

Discussion – Les systèmes d'information administrative valent la peine d'être exploités pour suivre l'évolution de la morbidité par chute au niveau d'une population entière. La précision des circonstances de la chute doit s'améliorer pour être utile à la connaissance, la planification d'intervention et éventuellement à leur évaluation.

Fall-related hospitalizations among the elderly: Overview from Quebec (Canada)

Introduction – Falls severe enough to warrant hospitalization have received little attention, and are little known at the population level. The purpose of this study was to estimate the current importance of such falls in the elderly population of the province of Quebec. The study examines trends over the last 15 years and discusses the use of administrative hospital discharge data to identify the circumstances of these falls.

Method – This retrospective study analyses fall-related hospital discharge data of patients of 65 years of age and over who were hospitalised between April 1991 and March 2005.

Results – Each year, falls account for 13,300 hospital admissions in the 65 years or over age-group in the province of Quebec, corresponding to an average annual rate of 1,283 falls per 100,000 persons. Large age and sex related differences are present. Despite relatively stable rates of hospital admissions over the last 15 years, the number of cases has been increasing rapidly due to the ageing of the population. Most victims (90%) were living at home at the time of the fall; 9% of falls occurred on staircases, and data on circumstances of the fall is missing in 46% of the cases.

Discussion – Hospital discharge data is a valuable source of information for population surveillance of nonfatal injuries related to falls, as they measure trends in morbidity. The fall circumstances must be more precise in order to make this data a useful tool in terms of knowledge, intervention planning, and assessment.

Mots clés / Key words

Prévention des traumatismes, hospitalisations, classification internationale de maladies, surveillance, épidémiologie / Accident Prevention, Patient Discharge, International Classification of Diseases, surveillance, Epidemiology

Introduction

Dans la plupart des pays occidentaux, les chutes de l'adulte âgé constituent un défi de taille pour la santé publique. Les blessures qu'elles occasionnent affectent la qualité de vie de ceux qui en sont victimes et augmentent le fardeau économique des services de santé. Au Québec les statistiques de l'État civil rapportent les cas mortels. En contrepartie, les chutes assez graves pour entraîner une hospitalisation sont moins connues à l'échelle de toute la population. Or, le système universel d'hospitalisation québécois permet cette vue d'ensemble.

La présente étude a pour premier objectif de quantifier l'importance des chutes qui entraînent une hospitalisation chez les adultes âgés au Québec. Elle examine ensuite la tendance des 15 dernières années. Finalement, l'étude explore les circonstances de ces chutes et l'utilité des données d'hospitalisation pour concevoir des stratégies de prévention ou en mesurer les effets.

Méthode

Les données présentées ici proviennent du système d'information sur la clientèle des hôpitaux du Québec (Med-Écho). Dans ce système, les soins prodigués par les départements d'urgence ne sont pas inclus. L'étude porte donc sur l'ensemble des cas d'hospitalisation pour chute, avec admission d'au moins une nuit, chez les personnes âgées de 65 ans ou plus au Québec, et dont l'admission est survenue entre le 1^{er} avril 1991 et le 31 mars 2005.

La base de données Med-Écho comprend une variable permettant d'identifier la cause extérieure de la blessure, lorsqu'un accident est à l'origine de l'hospitalisation. Cette variable a servi à identifier les cas de chutes. La classification internationale des maladies 9^e édition (CIM-9) était utilisée au Québec durant toute la période examinée. Ainsi, les codes de la cause extérieure E880 à E888 signalent les chutes accidentelles. Le formulaire d'admission à l'hôpital enregistre l'institution de provenance du patient, ce qui permet d'identifier les personnes non institutionnalisées, qualifiées ici comme « vivant à domicile ».

Dans une perspective de santé publique, c'est le nombre de chutes ayant entraîné l'hospitalisation

Tableau 1 Hospitalisations pour chute, selon l'âge et le sexe, Québec, de 1991-1994 à 2003-2005 / **Table 1** Fall-related hospitalizations according to age and sex, Quebec, 1991-1994 to 2003-2005

Groupe d'âge	Période									
	1991-1994		1994-1997		1997-2000		2000-2003		2003-2005	
	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux
Sexes réunis										
65 à 74 ans	2 695	550,2	2 844	549,5	2 965	550,6	3 004	546,8	3 136	561,2
75 à 84 ans	3 828	1 565,8	4 152	1 595,3	4 563	1 589,8	5 103	1 592,5	5 756	1 653,1
85 ans et plus	2 480	3 723,8	2 927	3 913,0	3 392	4 048,7	4 020	4 218,5	4 477	4 290,7
Ensemble ¹	9 003	1 204,7	9 923	1 227,6	10 920	1 243,5	12 127	1 256,5	13 368	1 282,7
Hommes										
65 à 74 ans	902	420,3	987	429,9	1 107	456,2	1 126	449,6	1 200	466,5
75 à 84 ans	940	1 038,7	1 036	1 074,4	1 157	1 078,0	1 332	1 090,4	1 619	1 194,7
85 ans et plus	501	2 678,6	553	2 690,9	660	2 900,0	791	3 065,8	902	3 100,5
Ensemble ¹	2 344	861,1	2 575	878,3	2 924	918,4	3 250	938,0	3 721	978,0
Femmes										
65 à 74 ans	1 793	651,6	1 857	644,9	1 858	628,0	1 878	628,3	1 936	641,9
75 à 84 ans	2 888	1 875,8	3 117	1 901,7	3 406	1 895,5	3 770	1 901,9	4 137	1 945,3
85 ans et plus	1 978	4 132,4	2 374	4 375,6	2 732	4 477,1	3 229	4 646,7	3 575	4 750,9
Ensemble ¹	6 659	1 397,2	7 348	1 420,0	7 995	1 420,4	8 877	1 434,9	9 648	1 457,0

¹ Taux ajustés selon la structure par âge de la population du Québec en 2001. Nombres annuels moyens.
Source par 100 000 personnes : MSSS, Fichier des hospitalisations de Med-Écho, Algorithme pour exclure les transferts.
MSSS, Perspectives démographiques basées sur le recensement de 2001.

qui préoccupe, plutôt que le nombre d'hospitalisations en tant que tel. Ainsi, les transferts et les réadmissions pour une même chute ont été exclus de l'analyse.

Résultats

Importance et évolution

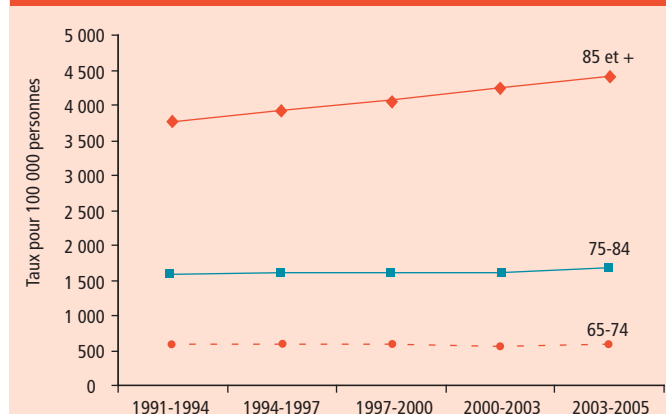
Pour la période la plus récente (2003 à 2005), on dénombre annuellement 13 300 chutes ayant entraîné l'hospitalisation chez les 65 ans ou plus au Québec ; ceci représentent 6 % de toutes les hospitalisations de ce groupe d'âge, 3 % chez les hommes et 8 % chez les femmes. Il s'agit d'un taux annuel moyen de 1 283 chutes pour 100 000 personnes. Ce taux passe de 561 chez les 65 à 74 ans, à 1 653 chez les 75 à 84 ans, et atteint 4 291 chez les personnes de 85 ans ou plus (tableau 1). L'évolution des taux depuis 15 ans traduit une stabilité pour le groupe d'âge le plus jeune, et une faible augmentation pour les deux autres groupes : en moyenne, 2 % et 4 % par période de trois ans chez les 75 à 84 ans et les 85 ans et plus respective-

ment (figure 1). Bien que les taux soient presque deux fois plus élevés chez les femmes que chez les hommes, la croissance est similaire.

Compte tenu de l'augmentation de la population âgée des 65 ans et plus au Québec (environ 10,5 % tous les cinq ans), mais aussi de la croissance encore plus rapide du groupe des 85 ans et plus (environ 20 % tous les cinq ans) [1], le nombre de chutes s'élève rapidement d'une période à l'autre. Cette augmentation touche surtout les personnes âgées de 75 ans et plus (figure 2).

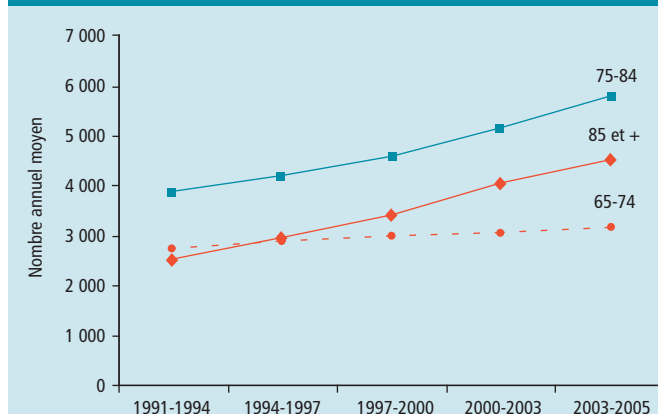
Les blessures occasionnées par les chutes ne constituent pas l'unique cause de ces 13 300 hospitalisations. Certains dossiers médicaux ne contiennent aucun diagnostic de blessure ; il s'agit alors de personnes frêles, amenées aux urgences à la suite d'une chute et hospitalisées en raison d'un autre problème de santé ou d'une combinaison de ceux-ci, par exemple, anomalie de la démarche ou hypotension. Soulignons toutefois que dans 92 % des cas d'hospitalisation à la suite d'une chute, le dossier comporte un diagnostic de lésion traumatique,

Figure 1 Taux de chutes ayant entraîné une hospitalisation, Québec, de 1991 à 2005 / **Figure 1** Fall-related hospitalizations rates, Quebec, 1991-2005



Source: Med-Écho.
Algorithme pour exclure les transferts. Taux standardisés (Québec 2001). Chutes : Cim-9, E880 à E888.

Figure 2 Nombre de chutes ayant entraîné une hospitalisation, Québec, de 1991 à 2005 / **Figure 2** Number of fall-related hospitalizations, Quebec, 1991-2005



Source: Med-Écho.
Algorithme pour exclure les transferts. Taux standardisés (Québec 2001). Chutes : Cim-9, E880 à E888.

Tableau 2 Circonstances des chutes ayant entraîné une hospitalisation, personnes âgées de 65 ans ou plus vivant à domicile, Québec, 2003-2005 / Table 2 Circumstances of fall-related hospitalizations, persons 65 years or over, living at home, Quebec, 2003-2005

Circonstance ^a	CIM-9	Nombre ^b	%
Chute dans ou d'un escalier	E880	1 136	9,5
Chute sur ou d'une échelle ou d'un échafaudage	E881	155	1,3
Chute du haut d'un bâtiment ou autre ouvrage	E882	49	0,4
Chute dans un trou ou autre ouverture de niveau	E883	6	0,1
Autre chute d'un niveau à un autre, chaise ou lit	E884	924	7,7
De plain-pied : glissade, faux pas, trébuchement	E885	4 010	33,4
De plain-pied : collision, poussée, bousculade	E886	52	0,4
Cause non précisée de fracture	E887	103	0,9
Chute autre et non précisée	E888	5 558	46,4
Total		11 991	100,0

Source : MSSS, Fichier des hospitalisations de Med-Écho.

^a Cause extérieure de la CIM-9.

^b Nombre annuel moyen de chute ayant entraîné une hospitalisation.

principalement : fracture du col du fémur (40,0 %), fracture d'un membre supérieur (13,6 %) et fracture du bassin (5,5 %).

L'identification de la provenance du patient permet de constater que 10 % étaient institutionnalisés au moment de la chute. Ainsi, dans 90 % des cas (11 991 chutes), la personne vivait à domicile au moment de sa chute, ce qui inclut des résidences offrant divers services aux personnes âgées.

Circonstances de la chute

Le tableau 2 présente les circonstances de chutes chez les personnes qui habitaient à domicile avant d'être hospitalisées, c'est-à-dire chez les personnes non institutionnalisées.

D'abord, la catégorie « Chutes de plain-pied : glissade, faux pas ou trébuchement » regroupe le tiers des cas, tandis que plus de 9 % des chutes ont eu lieu dans un escalier. Précisons que pour près de la moitié des cas (46 %), il n'existe aucune information quant aux circonstances de la chute. Par ailleurs, la chute a eu lieu au domicile dans 56 % des cas et dans des édifices publics ou sur la rue dans 6 % des cas. Ces proportions constituent des minima puisque dans un cas sur quatre, le lieu de la chute n'est pas précisé.

Discussion

Les données analysées ici proviennent d'un système d'information conçu pour la gestion des hôpitaux québécois. Connaître leurs limites et leurs possibilités permet de bien les interpréter dans une optique de surveillance et de prévention des cas de blessures.

L'importance du problème

Pour chaque décès causé par une chute enregistré annuellement au Québec, on dénombre 20 chutes ayant entraîné une hospitalisation. Il est d'abord surprenant de constater que certaines de ces hospitalisations n'enregistrent pas de lésions traumatiques. Ainsi, pour 8 % des chutes, d'autres problèmes de santé ou une combinaison de ceux-ci ont justifié l'hospitalisation. Faut-il inclure ou exclure ces cas ? Il n'y a pas de consensus à ce sujet dans la littérature internationale [2] et ces cas devraient être étudiés plus à fond. La présente analyse a conservé les cas, même si aucune lésion n'était inscrite au dos-

sier, car ces patients intéressent les gestionnaires des services de santé québécois. La chute apparaît comme l'incident qui a précipité le recours aux soins. Ainsi, responsables de 6 % de toutes les hospitalisations des personnes de 65 ans et plus, les chutes constituent un problème de santé important au Québec.

La progression avec l'âge

Le constat majeur est l'augmentation presque exponentielle des taux avec l'avancé en âge. À partir de 85 ans, le risque de faire une chute qui entraînera l'hospitalisation est 7 fois plus élevé que de 65 à 74 ans. Ce ne serait pas l'âge lui-même, mais une détérioration des conditions de santé jumelée à des conditions environnementales souvent mal adaptées, qui seraient responsables de l'augmentation du nombre de chutes en fonction de l'âge [3]. L'analyse par âge ne fait que souligner la grande diversité du regroupement que les statistiques usuelles désignent sous l'appellation des 65 ans et plus, l'âge officiel de la retraite au Québec. Tout comme l'analyse des blessures chez les jeunes se subdivise généralement en groupes d'âge qui tiennent compte du développement moteur et social des enfants, l'analyse des chutes des adultes âgés doit s'affiner pour tenir compte de l'hétérogénéité de ce groupe. La terminologie utilisée par certains démographes, qui distinguent les jeunes vieux (65 à 74 ans), les vieux (74 à 84 ans), les vieux-vieux (85 à 94 ans) et les grands vieillards (95 ans et plus), peut être utile pour marquer cette distinction. Pour tenir compte de cette diversité reconnue par les experts du vieillissement [4], d'autres dimensions du phénomène doivent être considérées, tel le mode de résidence, à domicile ou en institution.

Le problème s'aggrave-t-il dans le temps ?

L'évolution des taux d'hospitalisations pour chute paraît suivre – quoiqu'à une plus faible amplitude – l'évolution des taux de mortalité par chute observée dans la population québécoise : une diminution depuis le début des années 1980 jusqu'au milieu des années 1990, suivie d'un léger accroissement. La faible variation des taux d'hospitalisation ne permet pas de conclure à une augmentation inquiétante du risque de chute depuis 15 ans. Bien que

statistiquement significative, cette augmentation est de faible amplitude (2 % par période de trois ans) ; de plus, elle traduit peut-être une standardisation qui ne contrôle qu'imparfaitement le vieillissement de la population. En outre, ces données administratives, sensibles à une modification des pratiques d'admission en centres hospitaliers, sont utilisées ici à titre indicatif ; des études complémentaires sont souhaitables.

Contrairement au taux, le nombre de chutes qui occasionnent une hospitalisation a clairement augmenté, et ceci plus rapidement que pour la plupart des autres causes d'hospitalisation [5]. À l'instar de plusieurs autres gouvernements, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec reconnaît le problème ; il propose un continuum de services afin de prévenir les chutes de façon ciblée chez les adultes âgés vivant à domicile [6].

Et la prévention ?

Les données d'hospitalisation permettent-elles d'identifier les circonstances de ces chutes pour mieux les prévenir ? Théoriquement oui, mais elles cachent encore beaucoup d'informations.

En effet, la nouvelle Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10), prévoit des codes différents pour 20 circonstances plus ou moins spécifiques de chute, pour 8 types de lieux et pour 5 grandes catégories d'activités qu'une personne peut effectuer lors d'une chute. En combinant ces trois axes, il est théoriquement possible de dénombrer les chutes qui surviennent dans des circonstances relativement spécifiques. En voici quelques exemples : 1) à domicile, en montant ou descendant un escalier ; 2) sur la rue de plain-pied due à la glace et la neige ; 3) dans un établissement collectif en fauteuil roulant. On pourrait donc suivre dans le temps l'une ou l'autre de ces circonstances après l'implantation d'une stratégie préventive ciblée (ex. : fonds publics pour l'aménagement des escaliers à domicile). Toutefois, si les catégories « non précisées » continuent d'occuper les premières places, l'image demeurera très imparfaite et sera peu utile pour la prévention.

L'imprécision des circonstances de la chute n'est pas propre aux données québécoises. D'autres sont parvenus au même constat pour leurs données de mortalité [7] aussi bien que dans leurs données d'hospitalisation [8].

Conclusion

Aujourd'hui au Québec, les adultes âgés ne sont vraisemblablement pas plus à risque de subir une chute sévère que ne l'étaient ceux des générations précédentes. Ce qui semble préoccupant, ce sont les taux élevés de chutes, surtout à partir de 75 ans, un groupe d'âge qui augmente rapidement en nombre dans la population québécoise.

Du marcheur pressé sur un trottoir glacé au vieillard qui passe de la chaise au lit, une multitude de situations différentes entraînent chutes et blessures. Les auteurs s'entendent généralement sur l'aspect multifactoriel des chutes et sur la nécessité de diversifier les modes de prévention selon la santé et l'autonomie très variables des 65 ans et plus. Aussi, le Réseau francophone de prévention des

traumatismes et de promotion de la sécurité, qui regroupe des professionnels français, belges, suisses et québécois, a produit un Référentiel de bonnes pratiques, qui élabore des stratégies de prévention ciblées [9].

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier Diane Sergerie pour ses commentaires et Line Mailloux pour son travail d'édition.

Références

[1] Institut national de santé publique du Québec en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et l'Institut de la statistique du Québec. Portrait

de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population. Gouvernement du Québec, 2006, 659 pages.

[2] Langley J, Brenner R. What is an injury? *Inj Prev*. 2004;10:69-71.

[3] Sattin RW. Falls among older persons: a public health perspective. *Annu Rev Public Health*. 1992;13:489-508.

[4] Henrard J-C. Éditorial. Personnes âgées, vieillissement, grand âge et santé. *Bull Epidemiol Hebd*. 2005;13-6.

[5] Institut national de santé publique du Québec en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et l'Institut de la statistique du Québec. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les analyses – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population. Gouvernement du Québec, 2006, 131 pages.

[6] Ministère de la Santé et des Services sociaux. La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile – Cadre de référence. Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Québec, 2004, 61 pages.

[7] Ermanet C, Thélot B, Jouglé E, Pavillon G. Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2002. *Bull Epidemiol Hebd*. 2006;42: 328-30.

[8] Langley JD, Davie GS, Simpson JC. Quality of hospital discharge data for injury prevention. *Inj Prev*. 2007;13:42-4.

[9] Réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité. Référentiel de bonnes pratiques. Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile. Sous la direction de Hélène Bourdossol et Stéphanie Pin. Éditions Inpes; 2005, 155 pages.

Les décès par chute en Europe : situation en 2003 et perspectives apportées par le projet Anamort

François Belanger (f.belanger@invs.sante.fr), Aymeric Ung, Bertrand Thélot et les autres membres du comité de pilotage Anamort*

Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

* Kathleen England¹, Birthe Frimodt-Møller², Finn Gjertsen³, Eric Jouglé⁴, Marc Nectoux⁵, Monica Steiner⁶, Monica Bene⁷, Silvia Bruzzone⁸, Gleb Denissov⁹

1 / Department of health information, Malte 2 / National institute of public health, Danemark 3 / Norwegian institute of public health 4 / CépiDC-Inserm, France 5 / Psytel-Université Paris 5
6 / Kuratorium für Verkehrssicherheit bereich heim, freizeit & sport, Autriche 7 / Hungarian central statistical office 8 / Direzione centrale per le statistiche e le indagini sulle istituzioni sociali Italie
9 / Statistical office of Estonia

Résumé / Abstract

Près de 50 000 personnes sont décédées d'une chute en 2003 dans l'Union européenne (25 pays). Des inégalités ont été décrites entre pays (jusqu'à sept fois plus de risque), en fonction de l'âge (augmentation exponentielle du risque) et du sexe (les hommes avaient un risque 1,7 fois plus grand). Les limites de comparabilité de ces données (téléchargeables sur le site d'Eurostat) sont exposées et des recommandations pour leur amélioration sont proposées.

Deaths from falls: Situation in Europe in 2003 and perspectives resulting from the ANAMORT project

Nearly 50,000 deaths due to falls occurred in 2003 in the European Union (25 countries). Inequalities have been described between countries (the risk can be seven times higher), according to age (exponential risk increase) and gender (men have a 1.7 time risk higher than women). Limitations for data comparability (downloadable on Eurostat web site) are presented, and recommendations for their improvements proposed.

Mots clés / Key words

Chutes, décès, mortalité, Europe, Anamort / Falls, deaths, mortality, Europe, Anamort

Les statistiques sur les causes initiales de décès sont fournies par les pays et agrégées par Eurostat. L'exploitation de ces données a porté sur le groupe des décès par chute accidentelle (codes W00 à W19 de la Classification internationale des maladies (CIM-10)) survenus en 2003.

Le projet Anamort [1] a pour but d'identifier les biais potentiels des statistiques de décès et de proposer des recommandations permettant de faciliter leur comparabilité. Un questionnaire portant sur le processus de production des statistiques des causes de décès a été soumis en 2006 aux spécialistes de la mortalité de 36 pays européens.

Situation en 2003 : les données européennes Eurostat [2]

Le nombre des décès causés par des chutes accidentelles dans l'Union européenne (25 pays) en 2003 était de 49 488, ce qui représente 20 % des décès dus à des causes externes. Le taux standardisé [3] de mortalité par chute était de 7,2 pour 100 000 avec des variations entre 2,6 et 23,6 selon les pays (figure 1).

Figure 1 Taux standardisés de mortalité par chute en 2003 en Europe / Figure 1 Standardized rates of falls-related deaths in 2003 in Europe

